ROK XI. LUTY 1931 Nr 2 (98)

PRZEGLĄD DENTYSTYCZNY

MIESIĘCZNIK

STAN LECZNICTWA W KASACH CHORYCH I PRACE NAD JEGO NAPRAWĄ

W numerze X-ym Przeglądu Dentystycznego z r. u. zamieściliśmy memorjał d-ra med. Lipszyca w sprawie zębolecznictwa Kas Chorych. Memorjał ów, złożony do Zarządu Kas Chorych, spowodował powołanie specjalnej komisji, złożonej zarówno z lekarzy, pracujących w Kasach Chorych, jak i nie mających z nimi nic wspólnego. Obrady odbyły się w dwóch terminach: w czerwcu i następnie w grudniu, uczestnicy więc tej komisji mieli sporo czasu, by rzecz gruntownie obmyśleć i wystąpić z projektami konkretnemi, pozbawionemi cech fantastycznych, uniemożliwiających zastosowanie. Zatwierdzone na ostatniem posiedzeniu komisji wnioski odznaczają się tem, że mogą być natychmiastowo zrealizowane.

Obecnie cała rzecz zależy tylko od dobrej woli Zarządu Kas Chorych.

Miejmy nadzieję, że tej dobrej woli nie zabraknie.

I.

DR. W. SZAFRAN. Lwów.

Dentystyka zachowawcza Kas w świetle cyfr budżetowych.

(Przyczynek do reorganizacji lecznictwa dentystycznego w Kasach i projekt rozwiązania tego problemu).

Konferencja w sprawie lecznictwa dentystycznego w Kasach Chorych, na którą zaproszenie otrzymałem na dwa dni przed datą, a odbyta dnia 2 czerwca ub. r. w lokalu Ogólno-Państwowego Związku Kas

Chorych w Warszawie, zaskoczyła mnie tak dalece, że nie byłem w stanie przygotować odpowiednich materjałów do dyskusji.

Dyskusja, tocząca się wówczas, mogła tylko poruszyć ogólne tło niedomagań lecznictwa dentystycznego w Kasach, mające swoje źródła już to poza Kasami Chorych, na które czynniki kasowe żadnego bezpośredniego wpływu mieć nie mogą, już też w obrębie działalności samych Kas, t. j. organizacji wewnętrznej lecznictwa dentystycznego, egzekutywy pracy lekarskiej, statystyki jej i t. p.

Rozważania na te ostatnie tematy nie mogą sięgać daleko w istotę treści tych zagadnień, podobnie jak i szczegółowe omówienie planu, przedstawionego w formie memorjału przez Dra Lipszyca, dlatego tylko, że trudno poruszyć cały szereg spraw, związanych z wykonawcami zawodu. Niektóre czynniki mogłyby uważać fakt ten za nowy atak na prawa i przywileje lekarzy i t. p., co w konsekwencji doprowadzić mogłoby do silnych zadraśnięć i zaognień sprawy samej.

Z jednej strony więc brak przygotowania, z drugiej zaś wstrzemięźliwości, nie pozwalały omówić rzeczy samej pod każdym względem. A jednak, interesujący się tym tematem musi uwzględnić trzy zasadnicze czynniki, wchodzące w grę przy rozwiązaniu tego zagadnienia, a mianowicie:

1) sprawy dotyczące samego lecznictwa,

2) interes i zadowolenie samych ubezpieczonych i ich rodzin,

3) interes Kasy, tembardziej, że obecna zdrowa forma gospodarki kasowej wymaga rocznych budżetów, w których musi być zachowany pewien stosunek pomiędzy poszczególnemi pozycjami budżetowemi.

Rozważając lecznictwo dentystyczne, musimy zdać sobie sprawę z zasadniczych działów dentystyki, zakresu ich działalności i rozmiarów, jakie one zajmują w lecznictwie dentystycznem kasowem. Działami temi są:

a) chirurgja stomatologiczna, reprezentowana tylko w niektórych większych kasach jako osobny dział lecznictwa dentystycznego, przeważnie w miejscowościach, gdzie znajdują się Okręgowe Związki Kas Chorych, a także katedry uniwersyteckie stomatologji. Pracownicy zakładów uniwersyteckich, wykształceni w nowoczesnej stomatologji, pracują najczęściej w tym dziale dentystyki dla Kas Chorych.

b) ambulatorja, które mają za zadanie pomoc doraźną przez usunięcie zęba, nienadającego się do leczenia zachowawczego, leczenie chorób jamy ustnej, dziąseł, okostnej i ozębnej. Do działu tego (o ile niema osobno rozbudowanego działu a), należy również zachowawcze leczenie ropotoku zębodołowego, tak szeroko rozwiniętego schorzenia,

którego leczenie stomatologiczne nowoczesne, w ostatnich latach zrobiło kolosalne postępy. Dział ten dentystyki, a szczególnie leczenie ropotoku, wymagające aparatów nowoczesnych, niekiedy bardzo drogich, jest w Polsce traktowany w Kasach Chorych przeważnie po macoszemu, a to z tej przyczyny, że dział następny, którym zajmę się poniżej, pochłania olbrzymią część funduszów budżetowych.

c) następnym zkolei działem dentystyki jest dział dentystyki zachowawczej, mający za zadanie utrzymanie funkcjonalnej wartości zęba, przez lecznicze zabiegi przy schorzeniu miazgi zęba. Ten dział lecznictwa nie ma ustalonych metod leczenia. Każdy z lekarzy ma swój indywidualny lub przyjęty sposób leczenia, który jego zdaniem daje mu najlepsze wyniki. Jest to problem otwarty, stanowiący ciągle jeszcze temat dociekań naukowych, a dowodem tego niech będzie choćby fakt rozpisania przez międzynarodowe zrzeszenie lekarzy-dentystów (F. D. I.) znacznej wysokości nagrody, za najlepszą pracę naukową z dziedziny leczenia korzeni zębowych.

Dział ten potrzebuje bardzo znacznej ilości czasu tak lekarza, jak i pacjenta, wielkiej ilości posiedzeń u lekarza, zanim ten osiągnie cel zamierzony, tem samem więc zajmuje w lecznictwie kasowem olbrzymią pozycję budżetową.

Czy jednak wysiłki finansowe Kas Chorych w tej właśnie dziedzinie lecznictwa odpowiadają moralnemu zadowoleniu członków ubezpieczonych, jak również samych Kas, jest pytaniem, którem bliżej zamierzam zająć się poniżej.

Ogólnie wiadomem jest, że niema Kasy na terenie Państwa Polskiego, której ubezpieczeni byliby zadowoleni z pomocy kasowej w dziedzinie dentystyki. Niezadowolenie to powoduje właśnie ten dział dentystyki zachowawczej. Przedewszystkiem wolny wybór lekarza w tym przypadku, zastrzeżony art. 42 Ustawy, nie może być wykorzystany przez ubezpieczonych, ponieważ lekarze pracują w pewnych określonych godzinach, niezawsze dostępnych dla członków Kasy. Wiadomem również jest, że leczenie i chorobę zębów (o ile nie zachodzą schorzenia poważniejsze tkanek otaczających ząb) nie uważa ogół ludności za chorobę, którą możnaby przeprowadzić kosztem czasu zajęć ubezpieczonego. Stąd też pacjent, potrzebujący leczenia zębów próchnicowych musi uskuteczniać to leczenie w czasie wolnym od zajęć służbowych. Ponieważ jednak lekarze poświęcają Kasie najczęściej i najchętniej przedpołudnie, przeto w czasie, w którym ubezpieczony nie jest wolny od zajęć służbowych, nie może korzystać z pomocy żądanego lekarza, do którego ma zaufanie. Stan ten jest głównym powodem ciągłych tarć

na terenie oddziałów dentystycznych Kas, jak również źródłem największych narzekań ze strony ubezpieczonych i ich członków rodzin. Uważają oni stan ten za ograniczenie ich w prawach. Następnym powodem niezadowolenia jest fakt, który Dr. Lipszyc nazywa w memorjale swoim „przeciążeniem personelu dentystycznego". Zasadniczo istotą tego przeciążenia jest konieczność ciągłej pracy lekarza, przez pewną ilość godzin. Kasy, wydając poważne kwoty na leczenie w zakresie dentystyki zachowawczej, (przy opłacaniu pracy lekarzy za godzinę), muszą wymagać siłą faktu, by pracujący tracił jak najmniej czasu na rzeczy, niemające nic wspólnego z leczeniem zębów, np. rozmowy z pacjentem, wzajemne i t. p. Pacjenci zaś uważają za krzywdę im wyrządzaną, a także za „złe leczenie", kiedy lekarz ogranicza się w stosunku do nich tylko do koniecznych wskazówek lekarskich. Ze względu zaś na tempo pracy lekarza w Kasie, powinno być niedopuszczalnem, by ten pracował dłużej ponad 3 godziny dziennie. Każdy dłuższy czas pracy jest bezproduktywnym wydatkiem Kasy.

Jeżeli więc ten dział lecznictwa dentystycznego jest powodem tak licznych narzekań ze strony ubezpieczonych i ich członków rodzin, to rozważmy, czy przynajmniej jest on zadawalniającym ze względu na budżet. Organizując szereg oddziałów dentystycznych rozmaitych instytucyj społecznych, długi czas nie mogłem kontrolować, jak budżetowo przedstawia się wysiłek finansowy, w stosunku do efektu pracy oddziału. Dopiero kiedy w 1926 r. objąłem organizację Instytutu Stomatologicznego Kasy Chorych Miasta Lwowa, uprosiłem czynniki decydujące Kasy, by wszelkie wydatki i dochody złączone z dentystyką prowadzić księgowo pod osobnem kontem. Do dyspozycji mojej zostaje więc księgowanie z okresu 3 lat i 8-miu miesięcy, które wezmę za podstawę mych rozważeń. Ponadto w czasie konferencji czerwcowej, kiedy przedłożyłem sprawozdanie pracy Instytutu, spotkało się ono wtedy z ogólnem oburzeniem i protestem, jako niemożliwe ze wzlędu na ilość wykonanych robót i przyjętych pacjentów. Poruszenie i oburzenie było tak silne, że zmuszony byłem silniej na to zareagować.

Fakt jednak powyższy pozwala mi wnioskować, że w pracy osiągnąłem bardzo poważne wyniki pozytywne, że Instytut jest jednym z lepszych w organizacji pracy i świadczeń (to samo zresztą przyznał i p. Wiceminister P. i O. S. w czasie swej marcowej wizytacji, trwającej w Instytucie prawie godzinę), chociaż mojem zdaniem, praca aparatu całego nie stoi jeszcze dotychczas na szczycie możliwej produkcji.

Mając te dwa czynniki do porównania, rozważmy je z punktu finansowego Kasy. Z wyprowadzonych wniosków będziemy mogli przed-

stawić sobie obraz możliwy w innych Kasach, słabszych i znacznie mniejszych w efekcie pracy. Zastanówmy się także nad kierunkiem, w którym ma pójść kształtowanie się lecznictwa dentystycznego w Kasach Chorych.

Jak wiadomo stosunek lekarzy Kas Chorych zasadniczo normowany jest w myśl art. 42 Ustawy z 19.V 1920 r. na warunkach umowy, najczęściej zbiorowej, ustalającej obowiązki lekarza, a także świadczenia Kasy za pracę (pobory). Najczęściej spotykane umowy mają znaczną nieproporcję między temi dwiema częściami. Pobory są w przeważnej ilości przypadków wzrastające. Umowy zastrzegają także cały szereg świadczeń socjalnych ze strony Kasy. Ogół lekarzy stoi wprawdzie zawsze na stanowisku wolności zawodu, są przeciwni i oponują przeciw temu, by uważać ich za funkcjonarjuszy, czy też urzędników Kasy, — ale olbrzymia część ich ma w umowach zastrzeżoną stabilizację i beneficja urzędników, ci zaś, który jeszcze tego nie mają, starają się memorjałami i pismami wyrobić u miarodajnych czynników przekonanie, konieczności stabilizacji i t. p.

Podobnie więc jak w innych Kasach i w mojej istnieje umowa zbiorowa, której niektóre §§ brzmią następująco:

§ 3. Po objęciu stanowiska w Kasie Chorych lekarz pełni obowiązki prowizorycznie. Zarząd Kasy najdalej do roku na wniosek naczelnego lekarza albo stabilizuje lekarza, albo wypowiada zajmowane stanowisko na trzy miesiące.

§ 7. Lekarzowi przysługuje prawo korzystania z płatnego urlopu. Po rocznej pracy w Kasie urlop trwa miesiąc, po dziesięcioletniej miesiąc i tydzień, po piętnastoletniej — półtora miesiąca.

§ 8. Lekarze Kasy Chorych mają być ubezpieczeni w Kasie Chorych, w Zakładzie Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych, we Wzajemnej Pomocy, jako też za pośrednictwem Związku Lekarzy od wypadków i chorób zakaźnych. Podatek uposażeniowy, składkę do Zakładu Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych i Wzajemnej Pomocy, w wysokości oznaczonej statutem, oraz premję asekuracyjną od wypadków i chorób zakaźnych, do wysokości dolarów 5.000 i jednego dolara dziennie, opłaca Kasa Chorych za lekarzy z własnych funduszów.

§ 13. Płace lekarzy ustalone zostały na podstawie załączonego schematu. Wszelkie dodatki i świadczenia ogółowi urzędników kasowych, mają być w tej samej rozciągłości przyznane lekarzom Kasy.

Schemat płac lekarzy Kasy Chorych Miasta Lwowa, którzy wstąpili do Kasy od dnia 1 lipca 1928 r.

Lekarze prowizoryczni otrzymują miesięcznie 300.00 zł. p. Lekarze stabilizowani, pracujący w Kasie po stabilizacji.

Grupa	I.	w czasie	od 1 — 3 lat	miesięcznie	400,00	zł. p.
„	II.	„	od 4 — 6 lat	„	500,00	zł. p.
„	III.	„	od 7 — 9 lat	„	600,00	zł. p.
„	IV.	„	od 10 — 14 lat	„	700,00	zł. p.
„	V.	„	od 15-go roku	„	800,00	zł. p.

Schemat płac lekarzy Kasy Chorych Miasta Lwowa, którzy wstąpili do Kasy przed 1 lipca 1928 r.

I.	dotychczasowa	ranga	VIII-ma	miesięcznie	400,00	zł. p.
II.	„	„	VII-ma C, od 4—6 lat	„	550,00	zł. p.
III.	„	„	VII-ma D, od 7—9 „	„	650,00	zł. p.
IV.	„	„	VI-ta od 10—14 „	„	700,00	zł. p.
V.	„		od 15-go roku		800,00	zł. p.

Lekarze, ordynujący obowiązkowo dwie godziny dziennie.

Godzina nadliczbowa płatna miesięcznie	150,00	zł. p.
Lekarze zastępcy otrzymują miesięcznie	300,00	zł. p.

Jeżeli na podstawie powyższych warunków umowy tutejszej Kasy (w innych Kasach są warunki płacy bardzo zbliżone) przeprowadzimy zestawienie kosztów plomby, robionej przez lekarza z leczeniem i bez leczenia, w stosunku do samych tylko poborów poszczególnych lekarzy Instytutu Stomatologicznego tut. Kasy (przyczem koszta plomby z leczeniem obliczam dwukrotnie wyżej od plomby bez leczenia) w latach ubiegłych, wtedy przedstawi się on nam następująco:

ROK	Wykonał plomb ogółem	Z tego plomb z leczeniem	Z tego plomb bez leczenia	Otrzymał poborów rocznych (ogółem)	Przeciętna roczna kosztów plomby bez leczenia	Przeciętna roczna kosztów plomby z leczeniem	Lekarz ilość godzin pracy Grupa płacy w 1930 r płaca dodatkowa
1927	1820	663	1157	4552,05	1,81	3,63	Nr. I. 3 godziny pracy płaca rangi VII C. 1 godzina nadliczbowa.
1928	2149	684	1465	6159,22	2,175	4,350	
1929	2416	763	1653	6600,00	2,08	4,16	
1930	1573	532	1041	5077,44	2,41	4,82	
	7958	2642	5316	22388,71	2,11	4,22	
1927	977	326	651	2321,68	1,78	3,56	Nr. II. 2 godziny pracy prowizoryczny.
1928	1563	738	825	3596,94	1,563	3,13	
1929	1575	576	999	3600,00	1,67	3,34	
1930	920	348	572	2436,85	2,648	4,396	
	5035	1988	3047	11955,97	1,702	2,404	
1927	1321	866	465	4552,05	2,081	4,162	Nr. III. 3 godziny pracy płaca rangi VII A. 1 godzina nadliczbowa.
1928	2614	1091	1523	6159.22	1,66	3,32	
1929	2196	1161	1035	6600,00	1,966	3,932	
1930	1331	694	637	4496,75	2.22	4,44	
	7462	3802	2560	21808.02	1,99	3,98	
1927	1718	631	1087	6094,50	2,59	5,18	Nr. IV. 3 godziny pracy płaca rangi VII D. 1 godzina nadliczbowa.
1928	2251	614	1637	7581,00	1,76	3,52	
1929	2174	812	1362	9200,00	3,084	6,168	
1930	1577	609	968	6543,80	2,99	5,98	
	7720	2666	5054	29419,30	2,83	5,66	
1929	1337	562	775	3000,00	1,673	3,274	Nr. V. 2 godziny pracy prowizoryczny.
1930	1187	498	689	2436,85	1,44	2,88	
	2524	1060	1464	5436,85	1,51	3.02	
1927	2291	1110	1181	4552.05	1,33	2,66	Nr. VI. 3 godziny pracy płaca Rangi VII C. 1 godzina nadliczbowa.
1928	2007	1073	934	6159,22	1,999	3,998	
1929	1615	960	755	6600,00	2,563	5,126	
1930	1280	720	560	5077,44	2,038	4,076	
	7193	3863	3430	22388,71	2,025	2,05	

ROK	Wykonał plomb ogółem	Z tego plomb z leczeniem	Z tego plomb bez leczenia	Otrzymał poborów rocznych (ogółem)	Przeciętna roczna kosztów plomby bez leczenia	Przeciętna roczna kosztów plomby z leczeniem	Lekarz ilość godzin pracy Grupa płacy w 1930 r. płaca dodatkowa
1927	1612	735	877	3352,05	1,428	2,856	Nr. VII. 3 godziny pracy płaca rangi VII C. 1 godzina nadliczbowa.
1928	1788	707	1081	4359,22	1,74	3,48	
1929	2116	876	1240	6300,00	2,105	4,210	
1930	1643	790	853	5077,44	2,087	4,174	
	7159	3108	4051	19088,71	1,859	3,718	
1927	1056	136	620	5910,25	3,96	7,92	Nr. VIII. 2 godziny pracy płaca rangi VI.
1928	1219	515	704	7436,42	4,29	8,58	
1929	1159	622	573	8400,00	4,716	9,432	
1930	811	485	326	5713,60	4,40	8,80	
	4245	2058	2187	27460,27	4,366	8,732	
1929	1510	677	833	4500,00	2,057	4,114	Nr. IX. 3 godziny pracy prowizoryczny. 1 godz. nadliczb.
1930	1463	735	728	3669,60	1,669	3,338	
	2973	1412	1561	8169,60	1,86	3,72	
1927	1389	465	924	6055,37	3,266	6,532	Nr. X. 2 godziny pracy płaca rangi VI.
1928	1439	485	954	7164,83	3,723	7,446	
1929	1680	521	1159	8400,00	3,816	7,632	
1930	1077	378	699	5715,60	3,913	7,826	
	5585	1849	3736	27333,80	3,678	7,356	
1929	1804	679	1125	4275,00	1,72	3,44	Nr. XI. 3 godziny pracy prowizoryczny. 1 godz. nadliczb.
1930	1521	629	892	3669,60	1,706	3,412	
	3325	1308	2017	7944,60	1,715	3,430	
1927	1720	592	1128	3906,19	1,732	3,464	Nr. XII. 3 godziny pracy płaca rangi VII C. 1 godzina nadliczbowa.
1928	1681	507	1174	6072,18	2,775	5,550	
1929	1895	743	1152	8400,00	3,184	6,638	
1930	1409	589	8820	5713,60	2,86	5,72	
	6705	2431	4244	24091,97	2,673	5,274	

Z zestawienia powyższego wynika, że jest 4-ch lekarzy prowizorycznych, a więc na najniższym stopniu płacy, — jeden lekarz na pierwszym stopniu płacy, 4-ech lekarzy na drugim stopniu płacy, jeden na trzecim stopniu płacy, dwóch tylko na 4-ym stopniu płacy. Ponadto jest 8 godzin nadliczbowych. W tych warunkach wykonywane lecznictwo kosztuje, uwzględniając samą tylko pracę lekarza za plombę bez leczenia od 1,44 zł. p. do 4,70 zł. p., zaś za plombę z leczeniem od 2.88 zł. p. do 9,40 zł. p. Jeżeli więc lekarze ci będą awansować do następnych stopni, to według dzisiejszego stanu, już w trzy lata koszta pracy lekarskiej podwoją się. Odpowiednio jednak ze wzrostem poborów, zupełnie nie wzrasta ilościowo produkcja, ponieważ lekarz pracuje ograniczoną ilość godzin, nie może więc w tym czasie zwiększyć produkcji. Statystyka wykazuje nawet coś przeciwnego.

Biorąc pod uwagę ilość wykonanych plomb w 1928 r. do ilości wykonanych plomb w 1929 r., stwierdzamy spadek produkcji w wielu przypadkach. Stosunek roku 1927 do 1928 r. nie może być miarodajnym, ponieważ w pierwszych miesiącach 1928 r. dodano godziny nadliczbowe całemu szeregowi lekarzy, produkcja ustaliła się pod względem czasu pracy, a temsamem nastąpiła zwyżka w ilości robót. Zwyżka ilości pracy nie stoi jednak w żadnym procentowym stosunku do zwyżki godzin. Zjawisko zaś obniżenia się ilości robót w 1929 r. tłómaczę sobie stabilizacją wielu lekarzy na tym właśnie oddziale, a więc utrudnienie egzekutywy pracy.

Zestawienie powyższe wykazuje też równocześnie przeciętną kosztów roboty lekarza plomb z leczeniem i bez leczenia, od stycznia 1927 r. za każdy rok zosobna, aż do 1 września 1930 r.

Dodając do powyższych kosztów samej pracy koszta, związane z utrzymaniem całego oddziału t. zw. regie Instytutu, wtedy jak wykazuje załącznik 1, koszta produkcji oddziałów dentystyki zachowawczej wzrastają rok rocznie około 30,000 zł. p. Wzrost kosztów ogólnych wynosi w poszczególnych latach następujące cyfry:

1927 r.	1928 r.	1929 r.	1930 r.
67050.41 zł. p.	97531,28 zł. p.	117064,46 zł. p.	89485,79 zł. p.

Kosztami temi nie objęte są jednak wydatki Kasy, które ujęte książkowo jako całość, trudno było wyodrębnić, a mianowicie:

1) koszta lokalu,
2) środki do utrzymania czystości,

3) światło, żarówki i konserwacja lokalu,

4) opał lokalu zajmowanego,

5) koszt mebli, amortyzacja ich i utrzymanie,

6) bielizna lekarska i personelu pomocniczego (koszta i utrzymanie),

7) koszta prania bielizny,

8) lekarstwa, pobierane z własnej apteki,

9) materjały apteczne, pobierane z własnej apteki,

10) przybory kancelaryjne i druki do wew. urzędowania,

11) koszta premji asekuracyjnych od zakażenia i wypadku,

12) czasopisma lekarskie,

13) zobowiązania Kasy z § 9 umowy, jak a) Wzajemna Pomoc, b) Kasa Chorych, c) Zakład Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych, d) Izba Skarbowa z tytułu podatku dochodowego, które w bieżącym roku nie zostały wypłacone lub jeszcze zaksiążkowane.

Zestawiając więc latami ogólną ilość wykonanych plomb z leczeniem i bez leczenia, nadto ogólną sumę kosztów Kasy, koszta poborów lekarskich i przeciętną kosztów plomby bez leczenia i z leczeniem, wyprowadzoną z ogólnej sumy kosztów Kasy, otrzymamy:

ROK	Ogólna ilość wykonanych plomb	Z tego plomb z leczeniem	Z tego plomb bez leczenia	Ogólna suma kosztów kasy	Z tego ogólna suma tylko poborów lekarskich	Przeciętna kosztów plomby bez leczenia obliczona z ogólnej sumy kosztów	Przeciętna kosztów plomby z leczeniem z ogólnej sumy kosztów
1927	13904	5931	7973	67050,41	41296,19	3,38	6,76
1928	16711	6414	10297	97531,28	64688,25	3,785	7,57
1929	21477	8952	12525	117064,46	75875,00	3,845	7,69
1930	15962	7007	8955	89485,79	55626,57	3,896	7,792
od 1.I.927 r. do 1.IX.930 r.	68054	28304	39750	371131,94	237486,01	3,85	7,70

Za cały zaś czasokres, t. j. od 1 stycznia 1927 r. do 1 września 1930 r., koszta ogólne leczenia na oddziale dentystyki zachowawczej wyniosły bardzo poważną sumę, jak wykazuje powyższe zliczenie pozycyj rocznych.

Po uwzględnieniu wydatków, nieobjętych obliczeniem, z powodów jak wyżej podałem, możemy przyjąć koszt jednej plomby bez leczenia na 4,00 zł. p., zaś z leczeniem na 8,00 zł. p.

Kwota ta jednak, jak to wyżej wykazałem, będzie wzrastać w tempie dosyć szybkiem, ze względu na poważne skoki poborów lekarskich, a także personelu pomocniczego. Jest to jednak kwota, za którą w dzisiejszych czasach ogólnego zubożenia i kryzysu gospodarczego i złączonego z tem zubożenia lekarzy można u wielu wolnopraktykujących otrzymać płombę z leczeniem, względnie bez leczenia. Przy uwzględnieniu zaś pewnych rozporządzeń M. P. i O. S. i odpowiedniej ich interpretacji, możnaby nawet koszta te Kasy znacznie obniżyć, tembardziej, że niektóre Kasy wprowadziły już Rozp. to u siebie od szeregu lat.

Znajdujemy się więc w momencie rozważań, w którym musimy zastanowić się, czy 1) kontynuować obecny system leczenia i podnosić stale budżet Kasy, bez podniesienia produkcji i to w tych szczególnie ciężkich dla Kas czasach obniżania się przypisu, czy też 2) zmienić system leczenia w dentystyce i w jakim kierunku, by otrzymać możliwie stałą jednostkę budżetową w dziale najkosztowniejszym, jednostkę, którą Kasa może zmieniać dowolnie w zależności od wysokości swego miesięcznego przypisu. Pozwala na to i Rozp. M. P. i O. S. z dnia 23 listopada 1923 r.

Na pierwsze pytanie powinniśmy odpowiedzieć przecząco, ze względów budżetowych, ogółu ubezpieczonych i ich członków rodzin, którzy z tego systemu są w najwyższym stopniu niezadowoleni, dając największą ilość skarg i zażaleń.

Drugi system, to system wolnego wyboru lekarza w dziale leczenia i plombowania zębów, z pośród lekarzy wolnopraktykujących, co do których zostosowane będzie postanowienie art. 42 ust. I Ustawy z dnia 19.V 1920 r.

Leczenie więc dentystyczne w Kasach Chorych będzie miało charakter lecznictwa częściowo ambulatoryjnego, częściowo zaś wolnego wyboru lekarzy z pomiędzy ogółu lekarzy.

Korzyści z tego systemu są tak dla ubezpieczonych jak i dla Kas samych. Ubezpieczeni mają dostęp przez cały dzień do lekarzy w godzinach dla siebie najdogodniejszych i to do lekarzy, do których mają zaufanie. Leczenie mogą przeprowadzać z najmniejszym uszczerbkiem dla swej pracy zarobkowej, co będzie znowu mile przyjęte przez pracodawców. Stosunek lekarza do pacjenta zmienia się na ich korzyść, ponieważ od tego zależeć będzie przypływ nowych pacjentów, a zatem i zwiększenie jego dochodów.

Kasy zyskują przez zaoszczędzenie zupełnie nieproduktywnych wydatków na lokal, światło, opał, bieliznę, urządzenia dentystyczne

(niszczone o wiele szybciej), materjały dentystyczne, leki i t. p., nadto stale wzrastające wydatki personalne, bez wzrostu produkcji w lecznictwie, wydatki na świadczenia socjalne i wydatki na zastępstwa urlopowe. Kasie pozostaje wolna ręka w doborze leczących i może związać umową każdego specjalistę, który ukaże się na terenie działalności Kasy, jeżeli będzie w swoim zawodzie wybitnym, a zobowiąże się pracować dla Kasy na ustalonych warunkach. Nie będzie więc etatów, na których byłyby nieraz nieużytki, przyjęte dzięki chwilowemu brakowi kandydatów lepszych. Wreszcie otrzyma Kasa zespół osobowy bardziej pracujący w interesie Kasy, gdyż interes Kasy będzie równocześnie i jego interesem.

Przedewszystkiem zaś zyskają Kasy jednostkę budżetową w dziale lecznictwa dentystycznego, która jest najdroższa ze wszystkich działów lecznictwa ambulatoryjnego. Jednostkę tę może Kasa regulować procentowo do swoich przypisów rocznych.

Hasło, wprowadzające system częściowo ambulataryjny, częściowo wolnego wyboru lekarzy, w lecznictwie dentystycznem, z pewnością zyska silny odgłos wśród ogółu lekarzy. Lekarze, stojący poza Kasą, bezsprzecznie oświadczą się w większości za niem, ci zaś, którzy będąc w Kasie, bronić będą swych płatnych posad i stanowisk, wytoczą cały arsenał zarzutów, mających wszelkie pozory możliwości, by tylko dyskredytować ten system w oczach czynników miarodajnych.

By jednak stępić ostrze tych zarzutów, podam poniżej pod rozwagę konkretny plan, obejmujący w szczegółach lecznictwo dentystyczne w tym systemie, jak również sposoby, uniemożliwiające chęć działania pewnych osobników na szkodę Kas.

Całe więc lecznictwo kasowe w zakresie dentystyki składać się będzie z działu protetycznego (tylko protetyki kauczukowej, co umotywowałem osobnym memorjałem) i z działu chirurgiczno-ambulataryjnego.

Dział chirurgiczno-ambulatoryjny (opłacający się w zupełności Kasie, szczególnie, kiedy środki znieczulające będą sporządzane we własnym zarządzie) składać się będzie z oddziału chirurgji stomatologicznej i właściwego ambulatorjum, czyli oddziału pierwszej pomocy. Podział ten istnieć może w większych Kasach. W tym przypadku może istnieć jeden oddział chirurgji stomatologicznej, któryby prowadził terapję schorzeń jamy ustnej, dziąseł, ozębnej i okostnej, a nadto leczenie ropotoku zębodołowego i t. p. Oddział ten powinien być wyposażony w aparaty i instrumenta, będące ostatnim wyrazem lecznictwa nowoczesnego. Uszczuplone wydatki, stale wzrastające przez zmniej-

szenie kosztów personalnych, dozwalać będą Kasie na coroczne wkłady rozszerzające i ulepszające zakres terapeutyczny tych oddziałów. Ciężkie bowiem położenie gospodarcze nie daje możności lekarzom wolnopraktykującym na urządzenie swych gabinetów z postępem wiedzy i zasad terapji nowoczesnej.

Kierownikiem takiego oddziału może być lekarz jeden, odpowiednio wykształcony i przygotowany do zawodu. W razie braku odpowiednich lekarzy, czy też odpowiedniego lekarza, mogą Kasy z pomiędzy grona miejscowych lekarzy-dentystów wybrać najlepszego, któryby prowadziłby taką terapję i wysłać go ewentualnie uprzednio na dokształcające kursa w kraju lub zagranicę.

Właściwe ambulatorjum prowadzić będzie małą chirurgję dentystyczną (usuwanie zębów i nieużytków), leczenie lżejszych schorzeń jamy ustnej, okostnej, jak również, po udzieleniu doraźnej pomocy, skierowywać pacjentów do leczenia na miasto, według ich życzenia, wyznaczając przytem, które zęby należy leczyć i plombować. W mniejszych Kasach może być oddział chirurgiczny, złączony w jeden oddział z ambulatorjum, jednak z odpowiednim rozkładem czasu pracy, względnie sił lekarskich.

W dużych Kasach, gdzie zamieszkali ubezpieczeni przydzieleni są do ambulatorjów rejonowych, które posiadają swe oddziały dentystyczne, znajdować się będzie jeden oddział chirurgji stomatologicznej na cały teren działania Kasy, zaś w rejonowych oddziałach tylko t. zw. ambulatorja.

Taki stan rzeczy musi zjednać Kasie dużo uznania u ubezpieczonych i ich członków rodzin, ponieważ muszą dostrzec różnicę, jaka będzie zachodzić pomiędzy urządzeniem ambulatorjów Kasy a prywatnemi gabinetami, Kasa zaś będzie mogła dać maximum czystej terapji dentystycznej swym ubezpieczonym członkom.

PRZEBIEG URZĘDOWANIA.

Każdy oddział chirurgiczno-ambulatoryjny, czy też ambulatorjum, względnie ambulatorjum rejonowe, składa się z części administracyjnej i lekarskiej.

Do części administracyjnej należy prowadzenie protokółu bieżącego, kartoteki oddziału, a w końcu archiwum historji chorób.

Każdy członek Kasy Chorych, względnie członek rodziny, żądający pomocy dentystycznej, zgłasza się w oddziale dentystycznym, gdzie

urzędniczka, po skontrolowaniu uprawnień, zapisuje go do protokółu dziennego. W kolejności zgłoszenia będą pacjenci wołani do lekarza, który zbadawszy pacjenta, albo przydziela go do leczenia oddz. chirurgicznego (jeżeli to jest przypadek cięższy), albo daje mu doraźną pomoc w formie usunięcia zęba lub zatrucia go i przydzielenia do dalszego leczenia i plombowania. W rubryce protokółu „uwagi" w pierwszym przypadku zapisuje się czas i jakość znieczulenia, a następnie w rubryce „usunięcie" wykreśla się kolorowym ołówkiem usunięty ząb. W rubryce „uwagi" zapisuje się również rozpoznanie choroby, przebieg jej leczenia, wykonany zabieg drobny operatywny, opatrunki, jak również przepisane leki (szczególnie ważne w administracji kasowej). W razie przydzielenia do plombowania notuje się O. II.

Kartoteka oddziału notuje, obok dat personalnych, zapisanych w protokóle pacjentów, N-ra bieżące protokółu dziennego łamane przez rok, ponadto Nr. oddziału II, czyli Nr. historji choroby, o ile pacjent korzystał już z plombowania.

Pacjent, który zgłasza się z bólem i zatruto mu ząb, jak też i pacjent nie cierpiący wprawdzie, ale który dla uporządkowania jamy ustnej usunął w ambulatorjum wszelkie nieużytki i resztki korzeni, ma być przeznaczony do dalszego plombowania — otrzymuje legitymację. Na tej jest wypisane imię i nazwisko pacjenta, Nr. jego książeczki legitymacyjnej, lekarz który ma leczyć, zaś w uwadze zaznacza się, jeżeli został zatruty doraźnie ząb, który to był ząb.

Lekarz ambulatoryjny zaznacza jednocześnie na kartce z bloku, jakie zęby należy leczyć i plombować, ponadto imię, nazwisko, Nr. książeczki legit., lekarza mającego leczyć i datę. Na podstawie tej kartki z bloku i książeczki legit. kasowej pacjenta wystawia administracja oddziału dentystycznego historję choroby pacjenta, wyznacza na niej zęby, mające być leczone i plombowane, a także lekarza mającego leczyć. Karta choroby zostaje odsyłana w drodze wewnętrznego urzędowania do lekarza do domu, do którego skierowuje się pacjenta. Kartkę z bloku zatrzymuje się na oddziale dla następnej kontroli leczenia. O ile w kartotece oddziału stwierdza się, że dany pacjent leczył się już uprzednio, wtedy na schemacie, zaznaczając zęby, mające być plombowane, dopisuje się datę i historję choroby i odsyła się jak wyżej.

Lekarz, otrzymawszy historję choroby i pacjenta, przeprowadza leczenie tylko wyznaczonych na schemacie zębów, przyczem na odwrotnej stronie wypisuje skrótami przebieg leczenia. Gdyby on jednak zauważył, że lekarz ambulatoryjny przeoczył jakiś większy ubytek

w zębie pacjenta, który należy bezwarunkowo zaplombować, nie może tego wykonać bez zezwolenia lekarza ambulatoryjnego.

Po skończonem leczeniu, w dniu pierwszego każdego miesiąca składa lekarz leczący historję choroby wraz z wykazem wykonanych robót u kierownika oddziału. Po skontrolowaniu robót i porównaniu z zatrzymanemi wyżej kartkami bloku, wystawia kierownik oddziału asygnatę na kwotę należną lekarzowi, która po potwierdzeniu jej przez dyrekcję Kasy zostaje wypłacona.

Karty choroby zostają złożone w archiwum, według numerów bieżących, osobno dla członków rodzin, a osobno dla ubezpiecznych. W ten spsób likwiduje się oddziały zachowawczego leczenia dentystycznego w Kasach Chorych, a mało produktywny w większości przypadków wydatek Kasy zamienia się na wydatek za rzeczywistą pracę.

Lekarze na mieście pracują od sztuki, na zasadzie umówionych cen jednostkowych za plombę z leczeniem i bez leczenia, wraz z materjałem i lekami. Warunki umowy powinny być pisemne, a przekroczenie ich może powodować wstrzymanie dalszego przysyłania pacjentów. Zasadniczo lekarze, prowadzący ambulatorjum, nie powinni równocześnie przyjmować do plombowania w domu. Jeżeli jednak przypadek taki zachodzi, nie może lekarz, prowadzący ambulatorjum, wyznaczać do siebie samego pacjentów do plombowania.

Plomby powinny być wykonywane według zasad wiedzy i na podkładzie. Leczone i plombowane, względnie tylko plombowane, mają być zęby, wyznaczone przez ambulatorjum. Materjałem może być tylko silikat i amalgam. Pierwszy do 6-ciu przednich zębów, zaś amalgam do zębów dalszych. Z silikatów może być użyty de Trey'a, Asch'a, White'a, zaś z amalgamów najtańszym może być Herbst'a amalgam srebra. Amalgam miedzi jest wykluczony.

W powierzchni zgryzowej przedtrzonowców i trzonowców nie wolno robić po dwie lub trzy plomby, podobnie jak i w powierzchni zgryzowej tych zębów i jednej z powierzchni pionowych.

Namawianie pacjentów do plombowania drobnych ubytków i skierowywania ich z tem żądaniem do oddziału dentystycznego Kasy, może spowodować natychmiastowe zatrzymanie przysyłania pacjentów.

Po skończonem leczeniu powinien lekarz zwrócić pacjentowi uwagę, by najdalej za pół roku zgłosił się do przeglądu swego uzębienia. Kontrola takiej pracy jest bardzo łatwo dostępna, nawet dla mało doświadczonego kierownika oddziału dentystycznego Kasy. Kontrola odbywa się dorywczo lub okolicznościowo, przy powtórnem zgłaszaniu

się pacjentów o pomoc. Od czasu do czasu może kierownik oddziału dentystycznego Kasy zaprosić do siebie jednego z pacjentów z ukończonem leczeniem i zrobić przegląd wykonanych robót i zabiegów dentystycznych.

Obniżenie kosztów powyższych. Wyżej przedstawiony sposób ustalania jednostki budżetowej kosztów leczenia dentystycznego, można jeszcze obniżyć. Pozwala nam nietylko Ustawa z dnia 19.V 1920 r. art. 42 (Dz. U. R. P. Nr. 44, poz. 272), ale wyraźniej jeszcze wskazuje reskrypt M. P. i O. S. z dnia 23 listopada 1923 r. Nr. 2430/VII.

Pomoc dentystyczna w myśl art. 23 ust. I, jako zaliczona do pomocy lekarskiej, nie podlega żadnym ograniczeniom. Wszystkie zatem zabiegi z zakresu leczenia i plombowania zębów należą się zarówno ubezpieczonym jak i członkom rodzin, oczywiście *w granicach rzeczywistej potrzeby, z wyłączeniem wszelkich względów kosmetycznych oraz używania droższych materjałów, jak złoto i porcelana*".

Z życia codziennego wiemy o tem dobrze, że ogół ubezpieczonych nieufnie odnosi się do świadczeń Kasy, podejrzewając niesłusznie zupełnie, że świadczenia te są gorszego gatunku. Podobnie rzecz ma się i z plombowaniem. W olbrzymiej ilości przypadków oświadczają pacjenci, że „z chęcią dopłacą do plomby, żeby dostać lepszy materjał na plombę".

Wiele Kas na terenie P. P., korzystając z powyższego reskryptu i tego psychologicznego nastawienia członków, wprowadziło dopłaty do plomb. Pacjenci bez szemrania dopłacają, zadowoleni przytem, że mają lepsze plomby.

Możnaby więc proceder ten ujednostajnić, a temsamem obniżyć odpowiednio stawkę jednostkową, a co zatem idzie i koszta budżetowe wyżej podanego planu.

Plomby zasadniczo mogą być robione z cementu. Za dopłatą ustaloną, n. p. 1,50—2,50 zł., może pacjent otrzymać u lekarza plombę porcelanową lub amalgamową.

Jeżeliby nawet w ten sposób wydatkowana suma ogólna Kasy nie była niższą od dotychczasowej na leczenie dentystyczne, jeżeli Kasa może wydatkować obecnie daną sumę, to w każdym razie zyskujemy przez wprowadzenie w życie tego planu: 1) ustalenie a priori jednostki budżetowej na dany zakres lecznictwa, 2) Kasa za wydanie tej samej kwoty będzie miała większe świadczenia w stosunku do ubezpieczonych i ich rodzin, 3) ogólne zadowolenie członków Kasy, 4) dowolne rozszerzenie ilości osób leczących dla Kasy, przez możność związywa-

nia coraz to nowych sił lekarskich, osiedlających się na terenie Kasy, 5) samoregulujące się eliminowanie osób w zawodzie niżej stojących, temsamem szlachetną rywalizację, prowadzącą do coraz lepszego udoskonalania się wykonywujących zawód.

II.

PROF. A. CIESZYŃSKI. Lwów.

Usprawnienie zębolecznictwa w Kasach Chorych.

Sprawa usprawnienia zębolecznictwa w Kasach Chorych stała się aktualną, ponieważ:

1) Istnieje niezadowolenie ubezpieczonych ze stanu lecznictwa dotychczasowego z powodu długości czasu, potrzebnego do uzyskania pomocy dentystycznej, długiego trwania leczenia samego, małego efektu przy wielkiej stracie czasu, poza tem istnieje brak zaufania do leczących lekarzy Kas Chorych.

2) Ponieważ ze stanowiska K. Ch. osiąga się niedostateczne wyniki leczenia, mimo wysokich kosztów leczenia.

3) Ponieważ istnieje niezadowolenie lekarzy-dentystów i stomatologów (ogół czuje się pokrzywdzony, ponieważ K. Ch. odebrały mu praktykę prywatną, a tylko mała ilość lekarzy-dentystów może być zajęta w Kasach Chorych).

4) Ponieważ K. Ch. — jako instytucje — widzą zachwiany swój budżet wobec wielkich świadczeń.

Jak temu możemy zaradzić?

Sprawę należy ująć z a s a d n i c z o:

1) ustawę samą należy poddać rewizji,

2) oznaczyć wysokość świadczeń, do których K. Ch. jest zobowiązana wobec swoich członków,

3) należy sprawdzić przebieg leczenia samego, opracować organizację ruchu ambulatoryjnego i całego przebiegu leczenia,

4) określić wydatki na zębolecznictwo z punktu widzenia budżetu K. Ch. i wkońcu

5) uwzględnić stan ekonomiczny lekarzy-dentystów, który wytworzony został przez powstanie K. Ch.

I. Krytyka ustawy.

Ustawa z dnia 19.V 1920 r. oraz reskrypt Min. P. i O. S. z dnia 23.XI 1921 określa pomoc dentystyczną w myśl art. 23 jako pomoc lekarską, która nie podlega żadnym ograniczeniom. „Wszystkie zatem zabiegi z zakresu leczenia i plombowania zębów należą się zarówno ubezpieczonym, jak i członkom rodziny, oczywiście w granicach rzeczywistej potrzeby, z wyłączeniem wszelkich względów kosmetycznych, oraz używania droższych materjałów, jak złota i porcelany".

Świadczenia, oznaczone w ten sposób, są ogromnie rozległe i wynosić będą ok. 50% ogólnego budżetu K. Ch., przeznaczonego na samo lecznictwo i opłatę personelu. Gdyby miało się więc ustawę tę dosłownie wykonać, musiałyby być wkładki do K. Ch. podwyższone, co obciążyłoby zarówno pracodawców, jak i ubezpieczonych. Wobec już wysokich wkładek do K. Ch., obranie tej drogi nie jest możliwe. Trzeba zatem zdecydować się na to, że nie jest wogóle możliwe zrealizowanie świadczeń w tak szerokiem pojęciu i podkreślić klauzulę, zawartą w ustawie: „w granicach rzeczywistej potrzeby, z wyłączeniem wszelkich względów kosmetycznych", albo też należy otwarcie przystąpić do zmiany tej ustawy, w której się oznaczy, że K. Ch. są tylko obowiązane do udzielania pomocy dentystycznej w takim zakresie, który zapewni zdolność do pracy ubezpieczonym.

Droga pośrednia byłaby taka, że oznaczy się „limit" świadczeń (o którym będzie mowa później), co zaś przekroczy ten „limit", a jest potrzebne celem utrzymania w stanie zdrowym całego uzębienia, wykonane być może na koszt pacjenta, przyczem K. Ch. ułatwi tylko członkom swoim uzyskanie pomocy lekarskiej po możliwie najtańszej, a zgóry umówionej cenie z lekarzami K. Ch.

Z biegiem czasu, w którym opieka społeczna dentystyczna szkolna przyczyni się do poprawy stanu hygjenicznego uzębienia, i wprowadzona zostanie profilaktyka uzębienia, wówczas „limit" określony przez K. Ch. okaże się nawet za szeroko ujęty, ażeby w dalszym ciągu zapewnić utrzymanie uzębienia ubezpieczonych w porządku, a zarazem zapewnić im zdolność do pracy. Wyników profilaktyki można się jednak spodziewać dopiero za jakie lat 20.

W interesie więc K. Ch. leży popieranie wszelkich dążeń, zmierzających do podniesienia hygjeny jamy ustnej, a przedewszystkiem u dziatwy szkolnej.

II. Świadczenia K. Ch. należy określić w sposób następujący:

A. 1) Kasa Chorych zobowiązana jest do usunięcia przyczyny bólu zębów odpowiedniemi zabiegami, ażeby zapewnić choremu zdolność do pracy;

2) K. Ch. przeprowadza systematyczną sanację jamy ustnej i wymaga usunięcia wszystkich korzeni, jeżeli ubezpieczony chce reflektować na maximum świadczeń ze strony Kasy, — w przeciwnym razie będzie miał tylko prawo do usunięcia bólu i wyleczenia w danej chwili występujących objawów chorobowych.

Do zakresu świadczeń K. Ch. należy następnie:

3) leczenie nowotworów szczękowych i jamy ustnej;

4) leczenie obrażeń szczękowych;

5) leczenie chorób jamy ustnej (np. stomatitis ulcerosa);

6) leczenie parodontoz, ale tylko w razie podejrzenia, że sprawa ta stanowi podstawę do zakażenia ustnego;

7) leczenie wszystkich powikłań i spraw zapalnych, powstałych na tle zapalenia ozębnej, jak ropni i ropowic, ale tylko drogą najkrótszą. (Ropowice z temperaturą powyżej 39^0 powinny być leczone kliniczne, a nie ambulatoryjnie i to przez stomatologa-chirurga, a nie chirurga ogólnego);

8) leczenie osteomyelitis;

9) leczenie rozszczepów szczękowych i wad wrodzonych lub nabytych;

10) leczenie powikłań z jamą szczękową w sprawach, wychodzących od zębów.

B. Kasa Ch. nie jest natomiast obowiązana do leczenia:

1) nieprawidłowości zgryzowych i uzębienia;

2) usuwania braków kosmetycznych;

3) wykonywania resekcji korzeni przy powikłaniach, spowodowanych zapaleniem ozębnej i zgorzeli miazgi.

Ostatni zabieg wykonuje Oddział chirurgiczno-stomatologiczny za dopłatą osobną, wynoszącą 30 — 50 zł. (30 zł. za operację + 15 zł. za 1 leczenie przewodu od szczytu amalgamem);

4) do uzupełniania uzębienia przy pomocy koron złotych, zębów ćwiekowych lub mostków złotych.

C. Maximum świadczeń K. Ch. pod względem konserwatywnym.

O ile chory zgodzi się na gruntowną sanację jamy ustnej przez ekstrakcję wszystkich korzeni i zębów zgorzelinowych, udziela K. Ch. maximum świadczeń pod względem profilaktycznym i konserwatywnym w zakresie „limitu".

„Limit" leczenia zachowawczego oblicza się na podstawie budżetu, przeznaczonego na całokształt lecznictwa, udzielanego przez K. Ch., i kwoty, przeznaczonej na zębolecznictwo.

Maksymalnie wynosić on może 40 zł. rocznie na członka K. Ch., a 25 zł. na członka rodziny. Za tę kwotę można wykonać dla członka K. Ch.: 4 wypełnienia ubytków i 2 leczenia korzeni, dla członków rodziny — 3 wypełnienia ubytków i 1 leczenie korzenia.

Podstawę racjonalnego leczenia uzębienia stanowi:

1) Całkowita djagnoza stanu uzębienia — z uwzględnieniem zbadania zębów prądem faradycznym w razie potrzeby i roentgenodjagnostyką. (Każde ambulatorjum K. Ch. musi posiadać własny aparat roentgenowski, ażeby zdjęcia mogły być wykonane natychmiast, a wynik ich zużyty zaraz przy pierwszem badaniu chorego. Odsyłanie chorego do osobnego oddziału przedłuża niepotrzebnie przebieg leczenia, wpływa na stratę czasu lekarza i pacjenta).

2) Nakreślenie racjonalnego planu leczenia z oznaczeniem:

a) planu w zakresie „limitu" na koszt K. Ch.;

b) planu dalszego na koszt pacjenta po taryfie ulgowej — u kontraktowych lekarzy-dentystów K. Ch., albo na mieście u praktykującego lekarza-dentysty — po taryfie zwykłej.

D. Obowiązki dalsze Kasy Chorych, mające na celu poprawę zębolecznictwa w Kasach Chorych.

1) Partycypacja w wybudowaniu klinik stomatologicznych uniwersyteckich, które przygotowują rezerwuar stomatologów i lekarzy-dentystów, późniejszych lek.-dent. K. Ch.

2) Stworzenie przy tych klinikach stomatologicznych osobnych oddziałów z łóżkami, przeznaczonemi dla członków K. Ch. z ciężkiemi chorobami szczęk i jamy ustnej (przypadki operatywne).

3) Zorganizowanie przy pomocy przedstawicieli katedr kursów społeczno-stomatologicznych.

Docenci tych kursów posiadać będą najlepsze kwalifikacje na kierowników wielkich ambulatorjów stomatologicznych K. Ch.

Program tych kursów obejmować powinien:

a) Pogląd na stomatologję społeczną (pomoc stomatologiczna w K. Ch. i klinikach dentystycznych szkolnych).

b) Wyjaśnienie zasad zębolecznictwa w K. Ch.

c) Standaryzację metod leczniczych dentystycznych w K. Ch., prowadzących w najkrótszym czasie do pozytywnych wyników.

d) Tayloryzację pracy — organizację pracy, zużytkowanie sił pomocniczych, psychotechnikę odnośnie do rozkładu narzędzi i urządzeń pobocznych.

e) Księgowość leczniczą w K. Ch. Stenografję zabiegów.

f) Metody statystyczne, umożliwiające kontrolę leczenia i sprawność.

4) Współudział w zębolecznictwie w poradniach dentystycznych szkolnych, do których odsyłano cały materjał dzieci (członków K. Ch.).

5) Współpraca z wojskiem, o ile chodzi o uzyskanie w ambulatorjum dentystycznem wojskowem sanacji jamy ustnej rekrutów (jedna z podstaw późniejszego taniego leczenia w K. Ch.).

6) Popieranie wszelkich dążności w kierunku hygjeny jamy ustnej.

III. Usprawnienie przebiegu leczenia.

A. Oddanie chorego najkrótszą drogą w ręce lekarza nastąpić może w sposób następujący:

1) Każdy chory posiada legitymację z fotografją, ostemplowaną przez Centralę K. Ch. na dowód, że ma prawo korzystania z pomocy dentystycznej K. Ch.

2) W biurze ambulatorjum dentystycznego K. Ch. następuje kontrola, poczem przystępuje się natychmiast:

a) do gruntownego zbadania uzębienia, nakreślenia ogólnego planu leczenia, wyznaczenia „limitu" i udzielenia pierwszej pomocy.

Dział ten załatwia główna rozdzielnia ambulatorjum.

Pierwsza pomoc udzielona być powinna bezpośrednio po zgłoszeniu się, ile możności w 1—1$^1/_2$ g. po zgłoszeniu się chorego.

3) Ambulatorjum wykonuje drobną chirurgję stomatologiczną, t. j. ekstrakcję zębów, leczenie chorób jamy ustnej i mniejsze operacje. Ambulatorjum może jednak częściowo wykonywać także dentystykę zachowawczą i figurować w ogólnym spisie lekarzy-dent. K. Ch.

4) Wprowadza się zasadę wolnego wyboru lekarza-

d e n t. z pośród zakontraktowanych przez K. Ch. Lekarze dentyści są jednak tylko wykonawcami ściśle oznaczonego planu leczenia, nakreślonego przez głównego lekarza K. Ch. na pierwszem przyjęciu.

5) Wprowadza się zasadę, że nie wolno leczenia chorego zęba przedłużać ponad 8 dni. Dlatego wizyty powinny być oznaczone w odpowiednich odstępach czasu.

6) Wyznaczenie wizyt powinno być przeprowadzone w ten sposób, ażeby chory mógł korzystać z najmniejszą stratą czasu dla siebie i swego pracodawcy, a zarazem żeby i lekarz-dent. najmniej czasu zużywał na udzielenie pomocy.

7) Główny lekarz ambulatorjum stomatologicznego K. Ch. ma prawo kontroli doraźnej czy polecone zabiegi zostały wykonane należycie. Kontrola ta doraźna powinna być przeprowadzona obok kontroli rachunków, przedłożonych do likwidowania.

8) Chory otrzymuje oznaczenie czasu w chwili wejścia do ambulatorjum i w chwili opuszczenia ambul. Tak samo lekarz leczący powinien notować na kartce czas, w którym opuszcza chory jego ordynację. Kartki te, oddawane przy ukończeniu leczenia, służą do oceny sprawności leczenia i chronią zarazem pracodawców od straty czasu przez pracowników.

IV. Organizacja ruchu.

Pomoc doraźną udziela się trzykrotnie podczas dnia: od 8—9, od 12—1 i od 5—6. Chory powinien się zgłosić na $^{1}/_{2}$ godz. przed ordynacją, ażeby lekarze nie tracili czasu z powodu załatwiania formalności.

Organizacja ambulatorjum.

Biuro, załatwiające formalności i sprawdzające uprawnienia.

Rozdzielnia i djagnostyka (lekarz główny, pomocnica 1, pomocnica 2 — laborantka w pracowni rentg., 1 siła kancelar., wypełniająca formularze).

Doraźna pomoc (wkładki: 1 lekarz, 1 pomocnica).

Dział chirurgji stomatologicznej, ekstrakcje: (2 lekarzy, 2 pomoc.).

Cięższe przypadki chirurgiczne.

Lekarze kontraktowi na mieście: K l i n i k a stomatologiczna K. Ch., o ile możności jako oddział Kliniki stomatologicznej uniwersyt.

Zabiegi konserwatywne i ew. *protetyczne.* (Protetyka zostaje wy-

konana albo u lekarzy kontraktowych, albo w ambulatorjach własnych — ostatnie wydaje mi się kosztowniejsze).

Praktyka wykazała, że najekonomiczniejszym sposobem przeprowadzenia zabiegów chirurgicznych jest system ambulatoryjny, przy którym na godzinę może być przyjętych około 15 chorych.

Praca w ambulatorjach powinna być zorganizowana na podstawie tayloryzacji pracy. Wszystkie ambulatorja powinny być pod tym kątem widzenia dokładnie zbadane i zorganizowane. Kierownicy ambulatorjów powinni być przeszkoleni. Uproszczona powinna być księgowość, zaprowadzone być powinny przejrzyste formularze i kartoteki, zabiegi powinny być stenografowane, a nie opisywane.

Posługiwać się powinno w najszerszej mierze wyszkolonemi siłami pomocniczemi, których płace powinny być w odpowiednim stosunku do płac lekarskich. Płaca pomocnicy w pierwszych 3 latach nie powinna przekraczać 150 zł.

O przyjęciu nie powinny rozstrzygać protekcje, tylko faktyczne kwalifikacje. Siły pomocnicze angażuje nie komisarz K. Ch., tylko kierownik ambulatorjum stomatol. i zgłasza do centrali kasowej. Siły te nie powinny być również stabilizowane, jakkolwiek korzystać powinny z innych beneficjów, przewidzianych ubezpieczeniem społecznem.

Pod względem kosztów odpowiada mniej więcej $3^1/_2$ siły pomocnicy jednemu lekarzowi, opłacanemu za 2 godziny pracy. Jeden lekarz z jedną pomocnicą wykona pracę 3 — 4 lekarzy bez pomocy w tym samym czasie.

Statystyki powinny być obowiązkowo ogłaszane każdego roku przez poszczególne ambulatorja K. Ch.

Wprowadzić należy jednolity typ statystyki, t. j. układ powinien dawać pogląd na efekt pracy, ażeby wyniki mogły być nawzajem porównane z wynikami innych Kas Chorych, a dawać zarazem kontrolę lecznictwa i pogląd na rentowność.

Ustalenie typów statystyki wymaga osobnej konferencji kierowników ambulatorjów Kas Chorych.

Statystyki powinny być badane każdego roku przez specjalnego znawcę-organizatora i kontrolera zębolecznictwa K. Ch.

W razie przeprowadzenia reformy w myśl powyżej postawionych wniosków, należy je poddać krytyce po roku, licząc od czasu wprowadzenia ich w życie.

Oddzielić należy bezwarunkowo dzieci poniżej lat 14 od leczenia osób starszych w ambulatorjach dentyst. K. Ch.

Przemawiają za tem względy przedewszystkiem wychowawcze, następnie zaś utrzymanie w porządku ruchu klinicznego. Zawrzeć należy specjalną umowę z poradniami szkolnemi. Sposób ten wg. d-ra Brilla ze Lwowa okazuje się najtańszy. Gwarantuje on zarazem najlepszą profilaktykę i obniża w przyszłości koszty leczenia uzębienia, ponoszone przez K. Ch.

Ryczałtową sumę, opłacaną do poradni szkolnych, oblicza się na podstawie liczby dzieci w wieku szkolnym.

V. *Lecznictwo z punktu widzenia budżetowego.*

Ze względu na to, że przeważna ilość zębów zgorzelinowych wykazuje zmiany periapikalne, mogące się stać źródłem utajonego zakażenia, staje K. Ch. na stanowisku, że zęby zgorzelinowe należy usuwać.

Jeżeli chory ząb przedni z ziarniniakiem chce utrzymać, ponosi sam koszty leczenia. Zabieg ten wykonany zostaje w oddziale chirurgicznym ambulatorjum stomatologicznego K. Ch.

Najtrudniejszy problem w zębolecznictwie K. Ch. stanowi k o n s e r w a c j a z ę b ó w, wymagająca najwięcej czasu a będąca najkosztowniejszą.

Przeciętnie trzeba liczyć na wypełnienie zęba 20 minut. Wprawny i szybko pracujący lekarz-dentysta potrzebuje przeciętnie 15 minut, początkujący — 30 minut, stary, bliski emerytury — nawet do 60 minut (wyniki statystyki ambulatorjum stomatologicznego K. Ch. we Lwowie).

Leczenie chorej miazgi, wymagające 3 posiedzeń z ekstyrpacją miazgi w zębach przednich, a amputacją miazgi w zębach bocznych, wymaga dwa razy tyle czasu, co wypreparowanie ubytku i założenie wypełnienia.

Jeżeli oznaczymy czynności te w punktach, liczyć należy na wypełnienie — 1 punkt, na wyleczenie chorej miazgi — 2 punkty, na wyleczenie chorej miazgi wraz z wypełnieniem — 3 punkty. W tymże stosunku należy obliczać koszty leczenia zachowawczego.

Na koszty leczenia składają się następujące pozycje:

1) koszty poborów lekarzy-dentystów,

2) koszty materjałów i narzędzi,

3) koszty poborów pomocnicy,

4) inne koszty, czyli regie ogólne: lokal, światło, opał, bielizna, ubezpieczenie personelu i t. p.

Według zestawień kasowych K. Ch. we Lwowie, przedłożonych przez d-ra Szafrana, mogłem dojść do następujących wyników (w obliczeniu d-ra Szafrana poczyniłem pewne korekty i posługiwałem się tylko ogólnemi danemi statystycznemi):

Koszty leczenia konserwatywnego.

	Wypełnienie	Wyleczenie chorej miazgi	Wypełnienie + leczenie chorej miazgi
Stosunek punktów obliczenia wydatków:	1 :	2 :	3
Robota lekarza-dentysty obliczona według poborów	2.90 zł.	5.80 zł.	8.70 zł.
70% regie (nie uwzględnione przez d-ra Szafrana w jego obliczeniu) . . .	2.03 ,,	4.06 ,,	6.09 ,,
Przy leczeniu ambulatoryjnem razem .	4.93 zł.	9.86 zł.	14.79 zł.
O ile się odda dział zachowawczy lekarzom-dent. kontraktowym na mieście, należy doliczyć przeciętnie 13% podatków. opłacanych przez lekarzy-dentystów	0.65 ,,	1.30 ,,	1.95 ,,
Przy leczeniu akordowem na mieście i wolnym wyborze lekarza-dentysty .	5.58 zł.	11.16 zł.	16.74 zł.

(Niemieckie Kasy Chorych płacą zł 5.— i 11.66).

Obniżenie taksy akordowej lekarzy-dentystów kontraktowych może nastąpić do:

5 zł. za wypełnienie, a

15 zł. za wypełnienie wraz z leczeniem,

tylko ze względu na to, że kontraktowi lekarze K. Ch. pracując we własnych ordynacjach, pozyskują w pacjentach K. Ch. — pacjentów prywatnych i wykonywać mogą u nich na osobne zlecenie chorych prace, wykraczające poza „limit", na koszt pacjentów.

T a r y f ę d l a t y c h z a b i e g ó w należy ustalić jednak wyższą, celem wyrównania różnicy, niedopłaconej przy „limicie".

Taryfa ta opiewałaby:

6 zł. za wypełnienie,

12 zł. za wyleczenie chorej miazgi,

17 — 18 zł. za wyleczenie miazgi wraz z wypełnieniem,
3 zł. za oczyszczenie z kamienia,
3 zł. za posiedzenie przy leczeniu parodontozy.

Z tej taryfy ulgowej korzystaliby członkowie K. Ch., leczący się na własny koszt u lekarzy-dentystów kontraktowych.

(Po ogłoszeniu tej taryfy mogłyby Kasy Ch. otrzymać oferty konkurencyjne ze strony upoważnionych techników dentystycznych. Tych należy bezwarunkowo wykluczyć z lecznictwa w K. Ch., gdyż — jak wiadomo — nie posiadają oni żadnych kwalifikacyj naukowych i nie mogą być odpowiedzialni za wyniki leczenia).

Zabiegi konserwatywne są kosztowne nietylko ze względu na czas zużyty, ale także i zużywające się ciągle drobne narzędzia (jak wiertła, miazgociągi, sondy) i materjały, które nie mogą być drugorzędnej wartości.

Oznaczenie „limitu" chroni K. Ch. przed wielkiemi świadczeniami i wkłada część leczenia na barki ubezpieczonych. Ustalenie taryfy, którą mają opłacać członkowie K. Ch. kontraktowym lekarzom za zabiegi, wykonane na własny rachunek wg. norm wyżej podanych, gwarantuje członkom K. Ch. najtańszy sposób leczenia. Nawet rzemieślnik oblicza sobie wyżej wartość swojej pracy, która w taryfie wyznaczonej obejmuje tylko około 25 — 30% jako wynagrodzenie za pracę. Regie w tym wypadku musi być drogie, ponieważ honorarjum ogólne jest tak ogromnie nisko kalkulowane.

Sposób złożenia leczenia na ubezpieczonych samych otwiera lekarzom K. Ch. drogę do praktyki prywatnej, wprawdzie na bardzo niskiej taryfie, ale zapewnia im przynajmniej klijentelę. L e k a r z e K. Ch. b ę d ą s i ę s t a r a l i zadowolić jak najlepiej swoich pacjentów kasowych, ażeby w nich uzyskać następnie i pacjentów prywatnych. Wolny wybór lekarza zadowoli więc pacjentów i lekarzy.

Wydatki K. Ch. na zębolecznictwo zwiększą się wprawdzie, gdyż przy takiemż leczeniu frekwencja ubezpieczonych w K. Ch. się zwiększy, ale „limit" obliczony na podstawie przewidzianych funduszów, przeznaczonych przez K. Ch. na zębolecznictwo wpłynie regulująco.

Przeprowadzenie rygoru sanacji jamy ustnej podniesie stan ogólny hygjeny jamy ustnej i podniesie trwałość prac oraz wpłynie zarazem na obniżenie maximum świadczeń ze strony K. Ch., gdyż chorzy, którzy się nie poddadzą sanacji jamy ustnej, nie będą mieli prawa korzystania z pomocy dentystycznej w najszerszym zakresie, przewidzianym przez K. Ch.

Wprowadzenie planowej sanacji roboty z dokładnem wyznaczeniem zabiegów, wkłada główną odpowiedzialność za leczenie na lekarza głównego rozdzielni, chroni jednak lekarza-wykonawcę przed niepotrzebnemi rozmowami z pacjentem, zaoszczędza mu czas, potrzebny na ponowne badania w następnych wizytach i chroni przed bezplanową robotą, zwiększającą wydatki K. Ch.

Wyznaczenie leczenia przez głównego lekarza było już stosowane w roku 1906 w Monachjum, i mogę stwierdzić, jako lekarz, który przeprowadzał badanie pacjentów K. Ch. monachijskiej w l. 1906—7, że sposób ten okazał się bardzo praktycznym. Zachowany był wolny wybór lekarza-dentysty, co było po myśli pacjentów K. Ch. Chorzy odnosili się przy tym systemie z większem zaufaniem do lekarzy-dentystów K. Ch.

Próba obliczenia kosztów leczenia zachowawczego zębów na Lwów.

Kilka danych dla orjentacji.

Na cele dentystyczne przypada około 35 — 40% ogólnej sumy, przeznaczonej na pomoc lekarską studentów Uniw. J. K. Przytem istnieje „limit" świadczeń. Wynagrodzenie akordowe za zabiegi zachowawcze pokrywa zaledwie regie i jest obliczone poniżej faktycznej wartości.

W budżecie osób prywatnych przypada na 100% sumy, wydawanej na ogólne leczenie, około 40% na zabiegi dentystyczne.

Kasy Chorych przeznaczają zaledwie 4 — 5% na dział dentystyczny (w Wiedniu 3,3%).

Kasa Chorych m. Lwowa.

We Lwowie jest około 65.000 członków ubezpieczonych,
105.000 członków rodzin.

Razem 170.000 osób, uprawnionych do korzystania z ambulatorjum dentystycznego K. Ch.

Poprawka. Dotychczas korzysta z pomocy dentystycznej w dziale zachowawczym około 10% (?), t. j. 17.000 osób.

Liczyć należy, że w razie wprowadzenia wolnego wyboru lekarzy-dentystów i przeorganizowania tego działu w myśl propozycji, wzrośnie frekwencja dwukrotnie, a więc do 20%, czyli że korzystać będzie 34.000 osób, z tego 10.000 członków ubezpieczonych, 24.000 członków rodzin.

Świadczenie w zakresie „limitu" kosztować będzie ubezpieczonego 40 zł. (4 wypełnienia po 5 zł. 2 leczenia chorej miazgi po 1 na 1 członka rodziny 25 zł, (3 wypełnienia + 1 leczenie chorej miazgi).

Koszty wynosić więc będą: 40 zł. × 10.000 = 400.000 zł.
25 „ × 24.000 = 600.000 „
1.000.000 zł.

Z zupełnego „limitu" korzystać będzie 30%, t. j. koszty wynosić będą	300 000 zł
u 70% będą koszty wynosić (przeciętnie 1 leczenie + 2 wypełnienia) 20 zł. × 21.800	436.000 „
	736.000 zł.

Za tę kwotę wykonanoby:

wypełnień ubytków	42.044	czyli wg.
leczeń chorej miazgi	31.533	punktów obliczeniowych:

albo wyrazimy to inaczej:	31.533	wypełnień z lecz.	miazgi	93.599
	10.511	„ bez „	„	10.511
		Punktów	.	105.100

Według statystyki d-ra Szafrana wykonano w K. Ch. m. Lwowa:

w r. 1929	wypełnień z leczeniem	8.952 .	. 26.856	czyli punktów
„ „	„ bez leczenia	12.525 .	. 12.525	oblicz.
	Punktów	.	39.381	

W razie wprowadzenia reformy wzrosłoby lecznictwo zachowawczę o blisko 300%, a w stosunku tym i koszty leczenia.

W r. 1929 wydała K. Ch. m. Lwowa na zabiegi konserwat. 117.064

do czego doliczyć należy z ogólnych wydat.:	lokal około	10.000
	światło „	2.400
	gaz „	2.000
	opał „	3.000
	inne wydatki	5.000
		24.000
		+ 118.064
	razem	151.064 zł.

Zwiększenie wydatków na zabiegi zachowawcze zębów wyniosłyby więc: zł. 595.000. Wobec poczynionej poprawki zł. 300.000.

Przykład niniejszy wykazuje dwukrotny wzrost wydatków wpraw-

dzie przy półtorakrotnym wzroście świadczeń. Kwestją jest jednak, czy tym obowiązkom zdołałaby sprostać K. Ch. m. Lwowa. Musianoby „limit“ znacznie obniżyć — przedewszystkiem leczenie chorej miazgi.

VI. Stosunek K. Ch. do lekarzy-dentystów i stomatologów K. Ch.

1) System stałych etatów prowadzi do najdroższego leczenia przy istniejącej progresji poborów w ciągu lat. System ten należy dlatego powoli zlikwidować, i to w ten sposób, że nie wprowadza się nowych etatów, nie przeprowadza się stabilizacji, a obecnie stabilizowanych lekarzy stawia się na etat wymarcia, korzystając z ich pomocy tylko na stałych placówkach ambulatoryjnych.

2) Kontraktowi lekarze K. Ch. korzystają z beneficjum ubezpieczenia od wypadków w razie choroby i z ubezpieczenia pracowników umysłowych. Opłaty te opłaca instytucja K. Ch. jak długo są dani lekarze lekarzami K. Ch.

3) O stanowisko lekarza K. Ch. mogą się ubiegać wszyscy lekarze-dentyści, którzy wykażą się odpowiedniemi kwalifikacjami w swojej specjalności, a zarazem poświadczeniem z odbytego kursu społeczno-dentystycznego i przeszkolenia dla K. Ch., o którem to mówiłem poprzednio.

4) Liczbę kontraktowych lekarzy-dentystów K. Ch. oznacza się na podstawie liczby ubezpieczonych wraz z członkami ich rodzin, przyczem oznaczony „limit“ powinien odpowiadać poborom 400 zł. mies., a frekwencja korzystających z pomocy dentystycznej 20% (10%) liczubezpieczonych oraz członków rodzin. O ile statystyka wykaże, że z pomocy dentystycznej korzysta większa liczba chorych, zostanie większa ilość lekarzy-dentystów dopuszczona do lecznictwa kasowego. Stwierdzenie tego stosunku następuje rok rocznie.

5) Każdy członek K. Ch. względnie członek rodziny ubezpieczonego wybierze sobie z początkiem roku swego lekarza-dent. z pośród lekarzy-dent. K. Ch., zapisując się na jego listę. Lista nie może obejmować więcej, niż „*a*“ (liczbę tę należy oznaczyć) ubezpieczonych. W ten sposób zapewni się wolny wybór lekarza i umożliwia się emulację. Najdzielniejsi będą mieli największą liczbę zapisanych na swojej liście. Jeżeli chory nie wpisał się na listę z góry z początkiem roku, wybiera sobie lekarza-dent. z pośród tych, których listy nie są jeszcze pełne, wzgl. korzysta z pomocy lekarzy-dentystów stabilizowanych w ambulatorjach.

6) Istnieje zatem dwojaki sposób leczenia:

a) ambulatoryjnego co do zabiegów chirurgicznych i częściowo konserwatywnych (o ile jest wielka liczba stabilizowanych już lekarzy),

b) wolny wybór lekarzy, którzy pracują akordowo dla K. Ch.

Kasa Chorych płaci przy tem:

5 zł. za wypełnienie,

15 zł. za wypełnienie z leczeniem,

2 zł. za oczyszczenie z kamienia,

2 zł. za leczenie chorób dziąseł, i to w zakresie wyznaczonego „limitu" przez głównego lekarza K. Ch.

Ustalić też należy taryfę za prace protetyczne (z wykluczeniem robót złotych), które będą robione na zlecenie głównego lekarza K. Ch.

(Oddanie protetyki w ręce techników dent. bez kontroli lekarskiej jest wg. obecnego stanu nauki lekarskiej protetycznej anachronizmem).

7) Regulowanie rachunków lekarzy-dentystów przez K. Ch. następuje miesięcznie po przedłożeniu rachunków na formularzach z wyznaczonem leczeniem. Na tym formularzu kwituje pacjent roboty wykonane.

(W razie nadużyć ze strony lekarzy-dent., traci tenże prawo leczenia w K. Ch.).

(W razie nadużyć ze strony pacjenta zostaje on pociągnięty do odpowiedzialności).

Rachunki powinna K. Ch. wyrównywać najpóźniej do 20 każdego miesiąca. W razie opóźnienia ponad miesiąc płaci K. Ch. 10⁰/₀ powyżej rachunku zalikwidowanego w stosunku rocznym, przyczem rozpoczęty miesiąc liczy się za cały.

Wnioski ostateczne.

Reforma zębolecznictwa według powyżej podanego projektu zadowoliłaby prawdopodobnie członków K. Ch. i lekarzy-dentystów, a zarazem wpłynęłaby na polepszenie istotnego stanu uzębienia ludności ubezpieczonej, zredukowanie dni poświęconych leczeniu i wzmogłoby dni pracy pracownika. Zarazem przyczyniłaby się do polepszenia ogólnego stanu zdrowia.

Jak jednak przykład budżetowy, przeprowadzony na Lwów, wykazał, jest rzeczą wątpliwą, czy K. Ch. zdecydowałaby się na powiększenie $1^1/_2$-krotne wydatków na zębolecznictwo.

O ileby droga ta okazała się nierealną ze względu na stan budże-

łowy K. Ch., nie pozostanie nic innego, jak tylko dążyć do usprawnienia systemu ambulatoryjnego w myśl podanych wskazówek.

Wzmożenie produkcji w ambulatorjum można uzyskać przez tayloryzację pracy, standaryzację metod leczenia, a przedewszystkiem przez wynagrodzenie akordowe.

Lwów, dnia 2 grudnia 1930 r. *D. c n.*

Otrzymaliśmy z prośbą o wydrukowanie.

MIĘDZYNARODOWY ZWIĄZEK DENTYSTYCZNY.

(Fédération Dentaire Internationale).

KOMUNIKAT KOMISJI HYGJENY
z grudnia 1930 r.

Do głównych zadań Komsiji Hygjeny należy zbadanie warunków i sposobów utrzymania jamy ustnej u różnych narodów, wpływu chorób jamy ustnej i zębów na stan zdrowia całego organizmu i wskazanie sposobów polepszenia obecnych warunków.

To wszystko można osiągnąć:

1) przez wprowadzenie i rozszerzenie opieki nad uzębieniem w okresie przedszkolnym, szkolnym i po ukończeniu szkoły,

2) przez udostępnienie pomocy dentystycznej i uświadamianie pod względem hygjeny zębowej szerokich mas ludności,

3) przez wyszukiwanie sposobów unikania chorób zawodowych jamy ustnej.

Komisja Hygjeny, pragnąc zebrać i przestudjować ostateczne wyniki stosowania zasad hygjeny i profilaktyki chorób zębów i jamy ustnej, zwraca się obecnie do Komitetów Narodowych z propozycją rozpisania odpowiedniej ankiety, by na podstawie otrzymanych w ten sposób wiadomości zdobyć mogła ścisłe informacje o stanie hygjeny zębów i jamy ustnej oraz o stanie zębolecznictwa. To dotyczy nietylko urządzeń, lecz również i sposobów oszczędnego przeprowadzania uzdrowotnienia zębostanu u dzieci w wieku szkolnym i u dorosłych. Należy przy tem szczególną uwagę zwracać na kosztorysy.

Warto przypomnieć, że na Zjeździe w Utrechcie za jeden z lepszych sposobów propagandy zasad hygjeny jamy ustnej uznano urządzanie częstych wystaw hygjenicznych. Podstawą do tego rodzaju wystaw regjonalnych powinny być wystawy, urządzane staraniem dorocznych zjazdów Komisji Hygjeny Międzynarodowego Związku Den-

tystycznego (F. D. I.). Należy dążyć do utworzenia stałych wystaw tego rodzaju w różnych miejscowościach.

Komisja Hygjeny obowiązana jest zbadać naukowo przyczyny chorób jamy ustnej i środki do ich unikania i zwalczania. W tym celu proponuje się utworzenie 3 podkomisyj:

1. Dla badań nad uzębieniem dzieci:
   a) małych.
   b) w wieku szkolnym.
   c) młodocianych.
2. Dla badań nad uzębieniem ludu (osób dorosłych).
3. Dla badań laboratoryjnych z zakresu hygjeny i profilaktyki zębowej w połączeniu z międzynarodowym instytutem hygjeny zębowej.

Działalność Komisji Hygjeny Międzynarodowego Związku Dentystycznego nie pozostaje bez skutku: w wielu krajach zrozumiano już potrzebę otaczania opieką uzębienia, szczególniej w okresie szkolnym. Już od 1925 r. Komisja Hygjeny M. Z. D. (F. D. I.) nawiązała stosunki z Komisją Hygjeny przy Lidze Narodów oraz z Zarządem Czerwonego Krzyża. Należy sobie zapamiętać dobrze wydaną na posiedzeniu w marcu r. z. następującą rezolucję:

„Komisja Hygjeny przy Lidze Narodów, będąc przeświadczoną, że zwalczanie chorób zębowych jest nie mniej ważne od zwalczania chorób innego rodzaju, wyraża życzenie, by ją stale informowano o pracach Komisji Hygjeny Międzynarodowego Związku Dentystycznego".

Należy oczekiwać, że ta enuncjacja wpłynie dodatnio na ustosunkowanie się rządów państw poszczególnych do zadań i prac Komisji Hygjeny.

W sprawie łączności z Czerwonym Krzyżem należy nadmienić, że początkowo starano się o utworzenie współpracy ścisłej, jednakże po zastanowieniu głębszem uznano za bardziej pożądane, aby prace Komisji Hygjeny były zupełnie niezależne. Współpracę postanowiono ograniczyć do wyzyskania należytego opinji Komisji Hygjeny przy Lidze Narodów, która wyraźnie orzekła, że choroby zębów winny być zwalczane tak samo, jak i inne. Z tego powodu należy przypuszczać, że Czerwony Krzyż więcej będzie poświęcać uwagi uzębieniu. Jako przykład godny naśladowania należy zaznaczyć fakt otwarcia przez Polski Czerwony Krzyż 5 przychodni zębolecznicznych.

Jaccard (Genewa).

DRUKARNIA ZAKŁ. WYDAWN. M. ARCT, SP. AKC. W WARSZAWIE, CZERNIAKOWSKA 225.